



Artículo de opinión

¿Por qué la hernioplastia inguinal bilateral laparoscópica (totalmente extraperitoneal) no ha conseguido mayor difusión después de dos décadas?

Why bilateral laparoscopic inguinal hernia repair (totally extraperitoneal) has not gotten more widespread after two decades?

Alfredo Moreno-Egea*

Servicio de Cirugía General, Hospital J. M. Morales Meseguer, Murcia, España

INFORMACIÓN DE ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 9 de octubre de 2012

Aceptado el 23 de octubre de 2012

El abordaje laparoscópico de la hernia inguinal ha cumplido 22 años de existencia con un balance global de difusión (esto es, de aceptación) muy variable. En países como Australia alcanza el 40% del total de hernias intervenidas, mientras que en España o en México apenas alcanza el 5-7%. Después de todo este tiempo sigue siendo una técnica muy discutida que se realiza con un material poco evolucionado, con mallas muy diversas y de difícil aplicación o integración a los requerimientos del sistema sanitario habitual. El autor ha cumplido en este periodo una experiencia personal de más de 15 años practicando este abordaje de forma ininterrumpida, con más de 5000 pacientes intervenidos y numerosos cursos como instructor, y a pesar de todo ello reconoce que el balance global es igual de negativo: ningún residente o adjunto de su centro hospitalario ha conseguido realizar la técnica o asumirla después de tantos años de trabajo. La conclusión parece bastante sencilla e inmediata: un fracaso personal y un fracaso de las secciones de pared abdominal, endoscopia y cirugía ambulatoria, para conseguir la difusión y aplicación de una técnica que se considera como la ideal desde un punto de vista académico para tratar las hernias inguinales (un abordaje sin lesión muscular y en un plano posterior o preperitoneal), que ha demostrado ventajas para el paciente y que se acepta

como la técnica de elección en la hernia inguinal bilateral y la recidivada.

¿Pero cual es el motivo de este fracaso? ¿Qué es lo que impide que esta técnica se realice más? No puede ser una mera cuestión económica¹, cuando en este tiempo se han ido consolidando programas de gran costo como los de obesidad, colorectal, etc.; incluso se han iniciado programas en otras técnicas más caras, como las de «puerto único». También se podría mencionar una falta de verdadero interés comercial²: la ausencia de un apoyo claro y directo por parte de las grandes empresas. Otro factor podría ser el de la actitud del cirujano³ en cuanto a su capacidad y destreza, pero puede descartarse simplemente analizando los logros tecnológicos que ha ido asimilando en un tiempo tan corto e incorporando a los quirófanos. Lo mismo se puede decir del factor formación⁴ y aprendizaje. Durante los inicios de la técnica sí podría haber existido una carencia de conocimientos específicos, tanto anatómicos como tecnológicos adecuados, sobre el espacio de trabajo, pero después de 20 años de cursos, congresos, reuniones, publicaciones, etc. nadie puede dudar de que el cirujano que ha deseado formarse ha tenido la oportunidad de hacerlo, además de adquirir los conocimientos adecuados para poder haber adaptado este tipo de abordaje a su práctica habitual.

*Autor para correspondencia: Avda. Primo de Rivera n.º 7, 5.º D, 30008 Murcia, España.
Correo electrónico: morenoegea@ono.es (A. Moreno-Egea).

Otros factores que deberían considerarse para poder llegar a explicar este fracaso serían, por un lado, la consideración⁵ de las hernias como una patología menor, sin preferencia, y por otro, el factor quirófano y el de la anestesia⁵. Los factores anteriores son, a juicio del autor, determinantes, ya que hacen que las hernias se programen en los huecos de quirófano, por las tardes o los viernes, después de un colon, empezando a las 12:30 o 13:00 horas, siempre con prisas del equipo por terminar la jornada, sea quien sea el ayudante, nunca uno fijo (habitualmente un residente o adjunto sin experiencia), con cualquier anestesista sin especial interés ni conocimientos, sin enfermería adecuada al material de laparoscopia específico, etc. Estos tres últimos factores, que se podrían englobar bajo un epígrafe común como «organizacional» (apoyos y colaboración), obligan a que «el cirujano opte por hacer lo que sabe que va a hacer bien en el menor tiempo posible» y le bloquean, sin darse cuenta ni reconocerlo, la posibilidad de iniciarse y conseguir dominar el abordaje laparoscópico inguinal. Como ejemplo diferencial consideren cómo se trata a un cirujano que empieza a aplicar la laparoscopia en el colon o en la obesidad: se programa a primera hora, con toda la mañana por delante, con un mismo ayudante con gran interés y el mismo anestesista, preparado durante días. Ya tendríamos la explicación al porqué de la falta de difusión, y es un problema que no solo afecta a una técnica en concreto, sino que atañe a cómo se considera toda la patología de pared abdominal (y sus expertos) dentro del interés común de un servicio de cirugía: siempre con un menosprecio evidente subyacente, tanto de forma institucional como del resto de compañeros.

La solución, por tanto, no es fácil. Se necesitaría modificar muchas cosas que se dan por sentadas de forma rutinaria (pues la baja complejidad en la reparación de una hernia no es una verdad asumible cuando se plantea su abordaje laparoscópico), e implica no solo al cirujano de hernias que tiene más o menos ilusión, sino también a sus jefes, adjuntos, residentes, anestesistas, enfermeras y directores del área quirúrgica. Por tanto, para poder hacer realidad la difusión segura de esta vía se necesitaría:

1. Una formación adecuada. Implica que el que haga la técnica y la indique tendría que ser un cirujano de pared abdominal, con especial interés en las hernias, y no un cirujano endoscopista de otra unidad. Esta formación debería realizarse a dos niveles: uno, anatómico, y otro, técnico o tecnológico. Una vez conseguido este aprendizaje pasamos a la siguiente necesidad.
2. Un equipo quirúrgico y diseño de organización asistencial adecuado. Consiste, simplemente, en conseguir un apoyo a la técnica, el respeto y la comprensión que todo cirujano necesita para poder realizar su trabajo sin más presión que la del propio paciente y su enfermedad, lo que supone que el que desea realizarla debe tener un entorno «no hostil» a todos los niveles de su trabajo (no solo sus jefes en la programación, sino también un ayudante de confianza, un material adecuado, una enfermera profesional y un anestesista motivado).

Solamente si se cumplieran estos sencillos requisitos podríamos ver en el futuro cómo se difundiría la cirugía laparoscópica de la hernia inguinal para situarse en el lugar que de verdad le corresponde entre las diferentes opciones de tratamiento que tiene esta patología tan frecuente y, en muchas ocasiones, tan apenas valorada.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moreno-Egea A, Carrillo-Alcaraz A, Soria-Aledo V. Randomized clinical trial of laparoscopic hernia repair comparing titanium-coated lightweight mesh and medium-weight composite mesh. *Surg Endosc*. 2013;27:231-9. doi:10.1007/s00464-012-2425-y. Epub 2012 Jul 7.
2. Moreno-Egea A, Paredes PG, Perello JM, Campillo-Soto A, Baena EG, Muñoz JR, et al. Vascular injury by tacks during totally extraperitoneal endoscopic inguinal hernioplasty. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2010;20:e129-31.
3. Moreno-Egea A, Torralba-Martínez JA, Aguayo-Albasini JL. Laparoscopic approach in inguinal hernia: a single technique and a tactical resource. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2005;15:261-2.
4. Moreno-Egea A, Martínez JA, Girela E, de la Calle MC, Albasini JL. Anatomical and surgical study of totally extraperitoneal laparoscopic hernioplasty. *Med Sci Monit*. 2005;11:CR127-31.
5. Moreno-Egea A, Torralba Martínez JA, Morales Cuenca G, Aguayo Albasini JL. Randomized clinical trial of fixation vs nonfixation of mesh in total extraperitoneal inguinal hernioplasty. *Arch Surg*. 2004;139:1376-9.